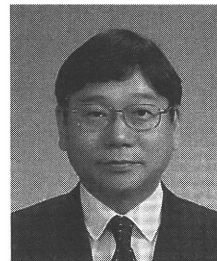


乳腺診療の未来と乳癌専門診療講座における卒前・卒後教育



埼玉医科大学 乳腺腫瘍科 佐伯 俊昭

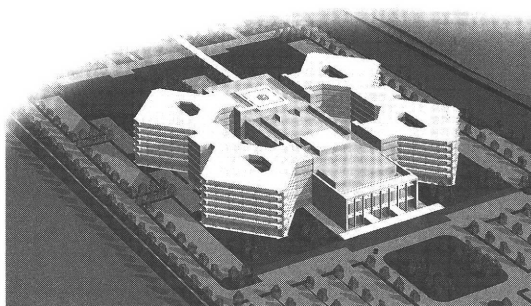
日本乳癌学会が認定医制度、専門医制度を開始して既に600名近くの乳腺専門医が誕生している。外科系・内科系・放射線・病理などの各分野から必要な知識に関する問題を作成し、75%以上の正解率を目安に合否を判定している。さらに試問を行い、ペーパー試験の欠点を補っている。

元来、医学の進歩とともに専門領域が細分化され、従来の基礎医・臨床医、さらに外科医・内科医からより領域別に特化された診療・研究・教育体制がとられつつある。診療施設の差別化が行なわれている現状で、特定疾患の専門医・専門病院の情報開示は社会的に必要とされている。このような社会的環境の中で、乳腺診療とくに乳癌診療に関わる社会的要求は強く、公共広告機構までも乳癌を取り上げてキャンペーンを行なっている。

埼玉医科大学においても質の高い「がん診療」を行なうために国際医療センターを建築し、来年には300床のがんセンターが完成する(写真)。同じ敷地内にゲノムセンターもあり、MD アンダーソンなどの病院をモデルに、教育・研究・診療に力を注ぐことになっている。このような診療体制は患者にアピールしやすい

い。大学病院のイメージが従来と大きく変わる中で、本音で教育と診療、そして研究を前面に出しながら診療することが重要と考える。

従来わが国では胃癌の罹患率が高く、私も祖母、叔母を胃癌でなくした。そのため大学外科系講座も、消化器外科を中心として発展してきた。私自身も消化器外科をベースに研修を行ない、NCIにおいて乳癌の遺伝子研究に従事したあとから、四国がんセンターで乳癌診療に従事したことが乳腺専門医を目指すきっかけとなった。当時は大学の講座に乳腺外科などの教室が少なく、大学以外の基幹病院での研修・診療が非常に重要であった。四国がんセンターの病理在籍中は、豊富な手術



埼玉県入間郡に建設中の国際医療センター模型

材料を用いて基礎研究を継続でき、臨床研究部と呼ばれる国立病院内の研究部の運営に従事した。大学から臨床研修に来ていたレジデント数名が研究を行っていたが、彼らの興味と病院内での義務は臨床であり、臨床と平行して基礎的な研究についてやる気のあるレジデントにテーマを与えて論文などを書いてもらった。大学と同じレベルの研究と、より高い臨床研究を目指したが、現在大学に籍を置くと学生教育、研修医教育に時間を取られ、四国がんセンターで行っていた比較的レベルの高い診療・研究の継続の難しさを痛感している。

現在の大学教育、医療現場を考えると、日本人特有のがむしゃらに頑張ることの限界があることを感じている。教室のスタッフも今年度から6名に増員となり、研修医も定期的に3ヶ月の研修に回ってくる。優れた人材の育成の為には、「頑張れ!」の号令だけでは駄目なのかなと思いつつ、夢のある診療・研究の計画を考えながら乳腺専門講座の明るい未来と、日本の乳癌患者さんの幸せを願っている。

乳腺腫瘍科の講座名は日本でなじみの無い診療科のひとつであろう。端的にいえば乳癌の専門診療科である。診断・治療・研究・教育まで乳癌を中心として構築する。診断では、放射線診断・中央超音波診断・核医学と既に協力体制はできた。カンファレンスを通じ、情報の共有を行なっている。治療も、薬物療法は臨床腫瘍科、放射線療法は放射線腫瘍科と協力し、我々はマンモトーム生検などの外科的診断法と手術に専念している。勿論、形成外科と協力して乳房再建も行なっている。研究では、乳癌特異的な疾患遺伝子の発現をRT-PCRにて判定し、新規乳癌関連遺伝子発現についても病理教室と共同で行なっている。

今後は乳癌領域で注目されている21の癌関連遺伝子の発現で予後を検討した recurrence score について本格的に臨床導入する準備を行っている。米国のデータではあるが、乳癌では大規模な臨床試験が行なわれ、登録症例の病理標本から予後を検索することが可能である。21の遺伝子の中に16の癌関連遺伝子が含まれており、遺伝子別に重み付けを行ないスコア化した。予後を low risk, intermediate, high risk に分けて、米国の臨床試験グループである NSABP の B-14試験に参加した乳癌患者の予後をレトロスペクティブに3つのグループに分けている。当院でも新規の乳癌手術症例の組織からRSを算定し、補助療法を別に前向き試験を計画中である。言わばトランスレショナル研究を臨床に導入したいと考えている(表1、2、3)。

乳癌診療に興味のある若手医師とともに女性の癌の中でとても重要となる乳癌診療をトータルに行なうことが夢である。

表1 Three Breast Cancer Studies Used to Select 21 Gene Panel
(Paik S, *et al*: San Antonio 2003, Abstract 16)

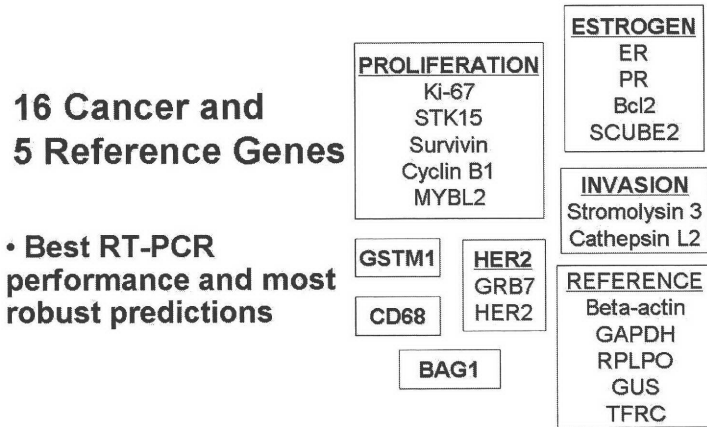


表2 Three Breast Cancer Studies Used to Develop Recurrence Score (RS) Algorithm
(Paik S, *et al*: San Antonio 2003, Abstract 16)

$$\begin{aligned}
 \text{RS} = & + 0.47 \times \text{HER2 Group Score} \\
 & - 0.34 \times \text{ER Group Score} \\
 & + 1.04 \times \text{Proliferation Group Score} \\
 & + 0.10 \times \text{Invasion Group Score} \\
 & + 0.05 \times \text{CD68} \\
 & - 0.08 \times \text{GSTM1} \\
 & - 0.07 \times \text{BAG1}
 \end{aligned}$$

Category	Recurrence Score (RS)
Low risk of recurrence	Less than 18
Intermediate risk of recurrence	Greater than or equal to 18 and less than 31
High risk of recurrence	Greater than or equal to 31

表3 B-14 Results: 668 pts (Paik S, *et al*: San Antonio 2003, Abstract 16)

DRFS—Low, Intermediate and High RS Groups

Risk Group	% of Patients	10-yr Rate Recurrence	95% CI
Low (RS<18)	51%	6.8%	4.0%, 9.6%
Intermed. (RS 18-30)	22%	14.3%	8.3%, 20.3%
High (RS≥31)	27%	30.5%	23.6%, 37.4%

Test for the 10-year DRFS comparison between the Low and High risk groups: $p < 0.00001$